

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00116 vom 6. Dezember 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-12-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00116](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00116)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00116 du 6 décembre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00116 del 6 dicembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Januar 2013 ausgesprochenen Kündigung bei Y.\_\_\_\_ , zuerst im internen Postversand und he  
rnach in der Hauswartung ( Urk.

8 /8/2 f.).

Nach einer Meldung zur Früher fassung im Dezember 2012 ( Urk.

8/4) , welche mangels Rückmeldung des Versicherten mit Schreiben vom 1

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise  
Erwerbsunfähigkeit (Art.

8 Abs.

1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ).  
Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder  
psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung  
verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht  
kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

7 Abs.

1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich  
die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine  
Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar  
ist (Art.

7 Abs.

2 ATSG).

### **E. 1.2.1**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art.

4 Abs.

1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art.

3 Abs.

1 und Art.

6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E.

5.1, 143 V 409 E.

4.5.2, 141 V 281 E.

2.1, 130 V 396 E.

5.3 und E.

6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 145 V 215 E.

5.3.2, 143 V 409 E.

4.2.1, 141 V 281 E.

3.7, 139 V 547 E.

5.2, 127 V 294 E.

4c; vgl. Art.

7 Abs.

2 ATSG).

### **E. 1.2.2**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E.

7.2; vgl.

BGE 143 V 409 E.

4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E.

4.5.2 unter Hinweis auf BGE

141

V

281 E.

3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E.

### **E. 1.3.1**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art.

28 Abs.

1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40

% arbeitsunfähig ( Art.

6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40

% invalid ( Art.

8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40

% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50

% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60

% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70

% auf eine ganze Rente ( Art.

28 Abs.

2 IVG).

### **E. 1.3.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

16 ATSG in Verbindung mit Art.

28a Abs.

1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen ). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE

130 V 343 E.

3.4.2, 128 V 29 E.

1).

### **E. 1.3.3**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art.

17 ATSG in Verbindung mit Art.

88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV ) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E.

6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_122/2020 vom 26.

Februar 2021 E.

2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art.

88a Abs.

1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl.

BGE

125

V

413 E.

2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25.

August 2017 E.

2.2 und 8C\_350/2013 vom 5.

Juli 2013 E.

2.2 mit Hinweis).

#### **E. 1.3.4**

).

Die Beschwerdegegnerin hat weder den Rentenanspruch im Verlauf noch die Eingliederungsfrage aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes geprüft, obwohl dies aufgrund des Gutachtens des A.\_\_\_\_, auf welches sie abstellte, angezeigt gewesen wäre.

Eine Ausnahme von der nach einer befristeten Rentenzusprache bei fortgeschrittenem Alter grundsätzlich anzunehmenden Unzumutbarkeit der Selbsteingliederung, aufgrund derer auf Eingliederungsmassnahmen verzichtet werden könnte, ist vorliegend nicht gegeben. Beim Beschwerdeführer wurde durch die behandelnden Ärzte wie auch durch die Vorgutachter im Wesentlichen keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr gesehen. Prof.

B.\_\_\_\_ erwähnte in seinem Bericht vom 8.

Juli 2019 sodann einen glaubhaften Arbeitswunsch des Beschwerdeführers (E.

2.2), welcher noch im Jahr 2014 an einer mehrmonatigen Wiedereingliederungsmassnahme des RAV teilgenommen hat (vgl. Urk.

8/34/7-8). Eine fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit kann ihm daher im Verlauf nicht vorgeworfen werden. Die Durchführung von allfälligen Eingliederungsmassnahmen würde erfahrungsgemäss mehrere Monate in Anspruch nehmen. Da der Beschwerdeführer bereits zum jetzigen Zeitpunkt 64 1/2-jährig ist, kann auf eine Rückweisung hierfür

verzichtet werden, ist doch ohne Weiteres von der Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters 65 auszu gehen.

Die angefochtene Verfügung vom 18.

Januar 2021 ist nach dem Gesagten aufzu heben und die Beschwerde ist mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer ab 1.

März 2016 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat, teilweise gutzuheissen.

5. 5.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten

sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs.

1 bis IVG) und auf Fr.

900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gestützt auf Art.

61 lit . g ATSG in Verbindung mit §

34 Abs.

1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht Anspruch auf eine Prozessentschädigung, die unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr.

1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 18.

Januar 2021 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1.

März 2016 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt.

3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr.

1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Maron - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art.

82 ff. in Verbindung mit Art.

90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5.

Juli bis und mit 1 5.

August sowie vom 1 8.

Dezember bis und mit dem 2.

Januar ( Art.

46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art.

42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub Nef

#### **E. 1.4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflicht gemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE

125 V 351 E.

3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE

134 V 231 E.

5.1, 125 V 351 E.

3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 1 0.

Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art.

44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.

1.3.4, 135 V 465 E.

4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20.

April 2021 E.

3 mit Hinweisen). 2.

2.1

Mit Urteil des hiesigen Gerichts IV.2017.00386 vom 2

#### **E. 4**

Januar 2013 abgeschlossen wurde (vgl. Urk.

##### **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer meldete sich am 17.

September 2015 zum Leistungsbezug an. Unter Berücksichtigung, dass ab Februar 2015 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 30%ige Arbeitsfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit bestand und der Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach der Anmeldung und nach Erfüllen des Wartejahres entstehen kann (Art.

29 Abs.

1 in Verbindung mit Art.

28 Abs.

1 lit. b IVG), sind die erwerblichen Auswirkungen ab März 2016

zu prüfen.

##### **E. 4.2**

Hinsichtlich der Vergleichseinkommen ist

zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer eine Berufslehre als Koch in O.\_\_\_\_ absolvierte und zuletzt bei der Y.\_\_\_\_ vom 1.

November 2001 bis 31.

Januar 2013 tätig war. Dabei war er zuerst mit verschiedenen Aufgaben im Innendienst, wie Verteilen und Sortieren der internen Post, Installation von Apparaten und Einrichtungen und ab 2007 mit Hauswartungsaufgaben in den Liegenschaften der Y.\_\_\_\_ betraut. Das Arbeitsverhältnis wurde Seitens der Arbeitgeberin gekündigt, weil sie neue Räumlichkeiten bezog und dadurch das Tätigkeitsumfeld des Beschwerdeführers weg fiel (Urk.

8/8/2-4, vgl. auch Urk.

8/78/23 ). Da der Beschwerdeführer die letzte Anstellung nicht gesundheitsbedingt verloren hat, kann als Ausgangspunkt für das Valideneinkommen nicht auf das zuletzt erzielte Erwerbseinkommen abgestellt werden. Nachdem der Beschwerdeführer seinen erlernten Beruf als Koch seit 1987 nicht mehr ausgeübt hat, sondern verschiedenen ungelerten Tätigkeiten nachgegangen ist

(vgl. Urk.

8/14 sowie Urk.

8/34/7), und seit der Kündigung per 31.

Januar 2013 keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat, sind

für die Vergleichseinkommen Lohnstatistiken beizuziehen, wobei für das Valideneinkommen als auch für das Invalideneinkommen die gleichen Tabellen der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (vorliegend: Tabelle TA1 Löhne für Männer, Kompetenzniveau 1, Total)

zur Anwendung gelangen, sodass der Einkommensvergleich anhand eines rechnerischen Prozentvergleiches zu erfolgen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2019 vom 8.

Oktober 2019 E. 4.2 mit Hinweisen).

Anlass zu einem Abzug vom Tabellenlohn auf Seiten des hypothetischen Invalideneinkommens besteht nicht, bilden doch

weder die Notwendigkeit einer

psychisch bedingt verstärkten Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2017 vom 29.

Mai 2018 E. 3.4.2; vgl. auch Urteil 9C\_233/2018 vom 11.

April 2019 E. 3.2 mit Hinweisen) noch eine Teilzeitbeschäftigung automatisch einen zusätzlichen Grund für eine Reduktion (Urteil des Bundesgerichts 8C\_561/2018 vom 4.

März 2019 E. 4.3.1). Gemäss der LSE-Tabelle T18 für das Jahr 2016 verdienten zwar statistisch Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 50-74

% ohne Kaderfunktion rund 4

% weniger als solche mit einem Beschäftigungsgrad von 90

% und mehr. Dies stellt aber praxisgemäss keine überproportionale Lohneinbusse dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_329/2021 vom 29.

Oktober 2021 8.6).

Das Belastungsprofil beim Beschwerdeführer zeigt sich sodann im Wesentlichen in psychiatrischer Hinsicht und zwar in der Weise beeinträchtigt, dass als optimal geeignete Tätigkeit eine gut strukturierte regelmässige Tätigkeit ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderung an die emotionale Belastbarkeit angeben wird (Urk.

8/78/33). Aufgrund eines moderaten Hypoglykämierisikos (Unterzuckerung) sind des Weiteren Tätigkeiten unter Bedienung gefährlicher Maschinen, auf Leitern und mit Absturzgefahr sowie mit potentieller Fremd- oder Selbstgefährdung (z.B. Personentransport) eher nicht geeignet (Urk.

8/78 / 13 und Urk.

8/78/33). Dem Beschwerdeführer stand damit auch im Verlauf ein grosses Spektrum an Tätigkeiten offen . Faktoren, welche ihn gegenüber gesunden Mitbewerbern

auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt benachteiligen,

wurde sodann bereits mit der medizinisch attestierten Restarbeitsfähigkeit von 50

%

zureichend Rechnung getragen . Ein zusätzlicher Tabellenlohnabzug ist damit nicht angezeigt .

### **E. 4.3**

Unter Berücksichtigung des zumutbaren Pensums von 50

%

führt dies zu einem Invaliditätsgrad von 50

% und zum Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung ab März 2016.

Im Zusammenhang mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes spätestens ab der A. \_\_\_ -Begutachtung

zufolge Remission der depressiven Symptomatik und dem medizinisch-theoretisch (wieder) erlangten 100%igen Leistungsvermögen

bleibt zu prüfen , ob der im April 1957 geborene Beschwerdeführer ohne Weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden kann. Denn unabhängig davon, welches der für die Ermittlung des Eckwerts des 55.

Altersjahres massgebliche Zeitpunkt sein soll - der Zeitpunkt der Verfügung selbst (18.

Januar 2021) oder jener des Feststehens der entscheidenden medizinischen Zumutbarkeit (d.h. bei Erstattung des Gutachtens vom 28.

Februar 2020; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_50/2020 vom 9.

Juli 2020 E.

3.2 mit Hinweisen) - , fällt der Beschwerdeführer in die Kategorie der über 55-jährigen Versicherten, bei welchen die Selbsteingliederung vermutungsweise unzumutbar ist (vgl. E.

### **E. 8**

/34). Mit Verfügung vom 27.

Februar 2017 (Urk.

8/44) wies sie das Begehren um Leistungen der Invalidenversicherung ab . Die dagegen am 30.

März 2017 (Urk.

8/45/3-11 ) erhobene Beschwerde des zwischen zeitlich verbeiständeten Versicherten (Urk.

8/31)

wurde durch das hiesige

Sozialversicherungsgericht im Urteil vom 2

## E. 9

Oktober 2018 ( Urk.

8/49 ) wurde die Sache zur Vornahme weiterer

medizinischer Abklärungen an die Beschwerdeführerin zurückgewiesen, da der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dabei insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestützt auf die damals vorhandene medizinische Aktenlage nicht rechtsgenügend ermittelt werden konnten. Zwar erwies sich das Gutachten des Sanatoriums Z.\_\_\_\_ vom 23.

August 2016 ( Urk.

8/34) in diagnostischer Hinsicht als nachvollziehbar (mittelgradige depressive Episode und Persönlichkeitsakzentuierung mit zwanghaften und paranoiden Anteilen; E. 4.1 im Urteil IV.2017.00386, Urk.

8/49/10-11 ). Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anbelangt, er schien der gutachterliche Schluss auf eine seit Februar 2015 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit sowie auf eine Restarbeitsfähigkeit von nur zwei Stunden pro Tag indes als nicht schlüssig (E. 4.2 im zitierten Urteil; Urk.

8/49/11-12). 2.2

Prof. Dr.

med. B.\_\_\_\_ und der behandelnde Arzt

C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, D.\_\_\_\_, wies in im Verlaufsbericht vom 8.

Juli 2019 ( Urk.

8/63) auf die Behandlung des Beschwerdeführers in wöchentlichen bis vierzehntägigen Abständen seit 23.

Juni 2015 mit letzter Kontrolle am 13.

Juni 2019 hin und nannten folgende Diagnosen: - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen (ICD-10 F61) - schwere komplexe schlafbezogene Atemstörung - Diabetes Mellitus Typ II - Adipositas - Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) Der Beschwerdeführer habe gläubhaft einen Arbeitswunsch. Es bestünden aber eine rasche Überforderungstendenz, eine stark eingeschränkte Stressbelastungs-

und Frustrations toleranz und durch die Persönlichkeitsstörung bedingt ein grosses Misstrauen, Zweifel sowie eine stark eingeschränkte Beziehungsfähigkeit. Er benötige grosse Unterstützung zur Haushaltsführung und habe einen Beistand für seine Finanzen. Er zeige sich sehr einengen und sehr unflexibel, gerade auch für Veränderungen, dies im Rahmen seiner Persönlichkeitsstörung. Für den ersten Arbeitsmarkt sei aktuell und in Zukunft keine Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Ob

ein Arbeitstraining im zweiten Arbeitsmarkt helfen könnte, eine Arbeitsfähigkeit zu erlangen, sei bei fehlenden persönlichen Voraussetzungen als kritisch und mit eher

schlechter Prognose zu sehen. 2.3

Dr.

med

E.\_\_\_\_, Innere Medizin/Pneumologie, führte im Bericht vom 5.

August 2019 (Urk.

8/ 65/7) aus, im Rahmen einer Polygrafie im Mai 2017 sei eine schwere komplexe schlafbezogene Atemstörung festgestellt worden. Eine CPAP-Therapie sei am 28.

November 2017 begonnen worden und darunter sei es zu einem guten Rückgang der Atempausen gekommen. In den diversen Kontrollen habe sich aber nur eine sehr mässige Nutzung gezeigt und bei der letzten Kontrolle am 6.

Juni 2019

sei eine leere SD Karte ohne Datenaufzeichnung gebracht worden. Der Beschwerdeführer habe telefonisch

mitgeteilt, dass er das CPAP Gerät seit der Konsultation vom 6.

Juni 2019 nicht mehr benutzt habe, da es im Sommer zu heiss und er auch in den Ferien gewesen sei. 2.4 2.4.1

Im A.\_\_\_\_-Gutachten vom 28.

Februar 2020 (Urk.

8/78), dessen Fachgutachten durch

Dr.

med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr.

med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

erstellt wurden und welchem zudem ein neuropsychologisches Gutachten von dipl. psych. H.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP,

zugrunde lag, nannten die Experten in der Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen (S. 8):  
Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Keine

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): 1. Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F33.9) 2.

Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und zwanghaften Zügen (ICD-10 Z73) 3.

Initial schwergradiges Schlaf-Apnoe-Syndrom (erfolgreich therapiert) 4. Diabetes mellitus Typ II 5. Adipositas Grad 1 (BMI 32) 6. Verdacht auf thorakale Dermatomykose 2.4.2

Der psychiatrische Experte führte aus (S. 21 ff.), der Beschwerdeführer berichte, er könne sich nur sehr wenig konzentrieren, habe wenig Ausdauer und sei kraftlos. Er bekunde von der Stimmung her, dass er nicht traurig oder verzweifelt, aber seine Stimmung schon etwas gedämpft sei und er an Lustlosigkeit leide. Er äussere, dass er ordentlich, im Grunde sogar überordentlich, penibel, ehrgeizig und leistungsorientiert sei. Eine Zeit

lang habe er viele Dinge in seiner Wohnung gesammelt, die er später vielleicht einmal hätte gebrauchen können. Er verneine aber eindeutig eine ich-dystone Zwangssymptomatik. Die psychischen Probleme hätten sich ab 2012 eingestellt. Er sei damals arbeitslos geworden

und habe sich schätzungsweise 250 bis 270 Mal erfolglos beworben. Seit Ende 2012 stehe er in psychiatrischer Behandlung, habe bereits mehrere Antidepressiva ausprobiert, die er nicht vertragen habe. Seit drei Jahren nehme er Brintellix ; die Depression habe sich aber erst im November 2019, seit er auf Lithium eingestellt worden sei, gebessert (S. 22).

Zum Tagesablauf berichte er (S. 24), er stehe zwischen 8.30 und 9 Uhr auf, verrichte seine Morgentoilette, ziehe sich an, trinke einen Kaffee, esse ein Toast brot oder ein Joghurt. Danach sei er unter Umständen schon wieder kaputt, lege sich ins Bett, etwa ein bis zwei Stunden und dämmere dahin. Anschliessend stehe er auf, mache etwas Hausarbeit, wasche vielleicht Geschirr ab, sei dann auch schon recht bald wieder körperlich kaputt. Am späten Vormittag lege er sich nochmals eine Stunde hin. Mittags mache er sich nur etwas Einfaches, nichts Aufwändiges. Nach dem Mittagessen gehe er einkaufen und anschliessend esse er ein bis zwei Stunden fern, insbesondere Infosendungen und liege dabei auf der Couch. Zwischen 18 und 19 Uhr mache er sich wieder etwas Schnelles zum Essen. Anschliessend sehe er fern, bleibe bis gegen 1 bis 2 Uhr auf und gehe dann zu Bett. Da er an sehr ausgeprägten Konzentrationsstörungen sowie Müdigkeit leide, sehe er sich zu keinerlei beruflicher Tätigkeit in der Lage.

Zum psychiatrischen Untersuchungsbefund führte der Experte aus (S. 25 f.), dass der Beschwerdeführer vermittle einen altersentsprechenden, gepflegten Eindruck. Ein tragfähiger Kontakt sei rasch herstellbar und werde durchgehend aufrechterhalten. Die Auffassung sei nicht erschwert. Die Konzentrationsfähigkeit werde subjektiv als massiv reduziert angegeben, zeige sich aber im Untersuchungsgespräch zumindest nicht

größer gestört. Der Beschwerdeführer

könne dem Untersuchungsgespräch aufmerksam folgen, verliere nie den Faden und auch relativ komplexe und umfangreiche Thematiken, wie etwa seine Berufsbiographie,

könne er gut fokussiert darlegen. Er bewältige auch rasche Themenwechsel problemlos und zeige sich bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten (autopersonell, situativ, zeitlich, örtlich) vollständig orientiert. Unter Berücksichtigung von Psychomotorik und Gesprächsaktivität sei in der Untersuchungssituation selbst keinerlei Antriebsminderung zu sehen gewesen. Der Beschwerdeführer wirke auch nicht auffallend müde oder gar verhangen, auch wenn er anamnestisch berichte, dass er im Lauf des Tages schnell erschöpft und bei Anstrengung schnell „körperlich kaputt“ sei.

Eine Persönlichkeitsstörung könne nicht erhoben werden, da dafür das bis 2012 erreichte soziale Funktionsniveau zu hoch sei. Es sei aber eine Persönlichkeitsaktuation mit narzisstischen und zwanghaften Zügen zu sehen (S. 27).

Dabei sei die diagnostische Einschätzung des Krankheitsbildes aufgrund der Beschwerdebetonung, wenn nicht gar Aggravation, sowie aufgrund von Inkonsistenzen erheblich erschwert. In der zur genaueren Klärung veranlassenden neuropsychologischen Untersuchung habe aufgrund der verminderten Kooperations- und Anstrengungsbereitschaft kein gültiges Testprofil erstellt werden können (S. 29). Eine psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit sei aktuell keine zu stellen (S. 30).

#### 2.4.3

Aus internistischer Sicht hielt der Experte fest (S. 43 f.), es liege ein diagnostiziertes, initial als schwergradig eingestuftes Schlaf- Apnoe-Syndrom vor, welches nach anfänglicher

Ablehnung und zwischenzeitlichen Complianceproblemen nun mit regelmäßigem Tragen des Geräts (gemeint: CPAP-Gerät, vgl. E. 2.3) pneumologisch zu einem ausgewiesenen Therapieerfolg mit einer massiven Reduktion der Atempausen geführt habe. Weiterhin liege ein medikamentös behandeltes Diabetes mellitus vor, der bis dato keine Probleme bereitet habe. Folgekomplikationen seien nicht aktenkundig und die aktuell gemessenen, im Grunde noch grenzwertigen Blutdruckwerte,

seien leicht zu hoch, ohne dass eine arterielle Hypertonie postuliert werden könne. Es bestehe eine Adipositas Grad 1 und es zeige sich eine fragliche Dermatomykose am Thorax ventral.

Internistische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit könnten damit keine genannt werden. 2.4.4

Die neuropsychologische Sachverständige hielt fest (Urk.

8/78/54), der Beschwerdeführer zeige eine schwankende und teilweise deutlich verminderte Leistungsbereitschaft. Im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen und der Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnisleistungen erbringe er deutlich unterdurchschnittliche Ergebnisse. Im Bereich der Gedächtnisleistungen seien die Ergebnisse stark schwankend mit teilweise weit unterdurchschnittlichen, teilweise mit normgerechten bis überdurchschnittlichen Leistungen. In mehreren Bereichen erziele der Beschwerdeführer jedoch auch erwartungsgerechte Ergebnisse, nämlich in der Orientierung, im Zahlenkodieren, teilweise im verbalen und visuellen Gedächtnis, im Benennen, in der Visuokonstruktion, in der Planungsfähigkeit und in der Denkflexibilität.

Dabei hätten die erzielten Werte teilweise bei relativ einfachen Aufgaben viele Standardabweichungen unter dem Niveau verschiedener klinischer Gruppen mit guter Anstrengungsbereitschaft ergeben. So seien beispielsweise acht Standardabweichungen unter dem mittleren Leistungsbereich von Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma und neun Standardabweichungen unter dem Durchschnitt von depressiven Patienten.

Die Ergebnisse hätten auf dem Niveau von Patienten mit fortgeschrittener Demenz gelegen und seien in einem einfachen nonverbalen Verfahren ebenfalls hoch auffällig gewesen. Es bestünden erhebliche Zweifel an der durchgängigen Mitwirkung in der Untersuchung und aufgrund der verminderten Kooperations- und Anstrengungsbereitschaft sei kein gültiges Testprofil erhältlich gewesen (S. 55). 2.4.5

Zum Verlauf legten die Experten dar (S. 10 f.), dass seit Februar 2015 bei mittelgradiger depressiver Episode zunächst über längere Zeit in der bisherigen Tätigkeit im Wesentlichen eine Arbeitsfähigkeit von 30

% vorgelegen habe. Aus heutiger Sicht erscheine nachvollziehbar, dass

- wie im Gutachten des Sanatoriums Z.\_\_\_\_ vom 23.

August 2016 angenommen - die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode spätestens seit Februar 2015 erfüllt gewesen seien. Entsprechend dem Bericht des Psychiatrie I.\_\_\_\_ vom 8.

Juli 2019 (gemeint wohl D.\_\_\_\_; vgl. Urk.

8/78/18 und E. 2.2 hiervor)

sei es sodann zu einer Remission der Depression gekommen, wobei der genauere Zeitpunkt aus den Unterlagen nicht nachvollzogen werden könne und auch die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers nicht weiterhelfen könnten. Unter der Voraussetzung, dass eine Remission tatsächlich vorgelegen habe, dürfte während des Jahres

2019 für einige Monate eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen haben. Spätestens im November 2019 habe sich aber die Depression offensichtlich wieder verschlechtert, wofür die Lithium-Augmentation spreche, mit der im November 2019 begonnen worden sei. Spätestens von Mitte November bis Mitte Dezember 2019 habe eine Arbeitsfähigkeit von 30 bis 50

% vorgelegen und seit Mitte Dezember 2019 bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

2.4.6  
Mit Schreiben vom 14.

September 2020 (Urk.

8/90; unterzeichnet in: Urk.

8/96) nahm Dr.

F. \_\_\_ zu den Einwänden des Beschwerdeführers gegen die Beweiskraft des A. \_\_\_-Gutachtens Stellung und verwies hinsichtlich der massgeblichen Indikatoren (E. 1.2.2) auf die jeweiligen Textstellen im Gutachten (Urk.

8/90/1 f.). Im Weiteren äusserte er sich insbesondere zum Massgeblichkeit des Mini-ICF-App im Fall des Beschwerdeführers und führte aus, dass im Jahr 2016 bei mittelgradiger depressiver Episode nachvollziehbar stärker ausgeprägte Funktionseinschränkungen gemäss Mini-ICF-App vorgelegen hätten als bei der aktuellen Begutachtung.

3.3.1  
Das A. \_\_\_

Gutachten vom 28.

Februar 2020

(Urk.

8/78) basiert auf umfassenden psychiatrischen, neuropsychologischen und somatischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter

erhoben detaillierte und nachvollziehbare Diagnosen und setzten sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinander. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerungen in der Konsensberichterstattung nachvollziehbar begründet. Dem A. \_\_\_ Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.4 hiervor).

3.2  
3.2.1

In formeller Hinsicht beanstandet der Beschwerdeführer am

A.\_\_\_\_ -Gutachten , dass nach der Konsensdiskussion die Unterschriften von Dr.

J.\_\_\_\_ , Medizinische Verantwortung, Mitglied des Verwaltungsrates, Dr.

K.\_\_\_\_ , medizinische Supervision, und L.\_\_\_\_ , Präsident des Verwaltungsrates aufgeführt seien, die an der Begutachtung nicht mitgewirkt hätten. Auch sehe die Stellungnahme des A.\_\_\_\_

vom 14.

September 2020 so aus, als seien die Unterschriften der Dres . F.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ hineinkopiert worden ( Urk.

1 S. 7.

f.). 3.2.2

Dem kann in verschiedener Hinsicht nicht gefolgt werden. Es ist aktenkundig, dass dem Beschwerdeführer die begutachtenden Sachverständigen im Vorfeld der Untersuchung bekannt gegeben wurden ( Urk.

8/70). Sodann liegen die von den untersuchenden Experten unterschriebenen Teilgutachten auf (vgl. Urk.

8/78/37, 8/78/49 und 8/78/56). Das s in der interdisziplinären

(psychiatrisch/internistisch) Gesamtbeurteilung neben dem fallführenden Psychiater Dr.

F.\_\_\_\_ sowie dem Internisten

Dr.

G.\_\_\_\_ im Rahmen der Gesamtverantwortung für die Abklärungsstelle auch medizinisch fachkundige Supervisoren und Mitglieder der Geschäftsleitung mitunterzeichnet haben (vgl. Urk.

8/78/14), schadet dem Beweiswert des Gutachtens nicht , sondern entspricht der gängigen Praxis von regelmässig als juristische Personen konstituierten medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) . Abweichungen

oder Widersprüche zwischen den Einzelgutachten und der Gesamtbeurteilung sind nicht ersichtlich, werden auch nicht geltend gemacht . Auch sind

sonst keine Anhaltspunkte erkennbar , dass die gesamtmedizinische Einschätzung nicht von allen Gutachtern mitgetragen wurde oder es bei der Unterzeichnung zu Unregelmässigkeiten gekommen ist. 3.3

3.3.1

In materieller Hinsicht rügte der Beschwerdeführer ,

es sei bereits einwandweise

geltend gemacht worden , dass Dr.

F.\_\_\_\_ kein Mini-ICF-APP durchgeführt habe

und auch mit der Stellungnahme vom 14.

September 2020 sei offensichtlich, dass ein solches

nicht durchgeführt worden sei . Es sei auch zu beachten, dass die psychiatrische Untersuchung am 23.

Januar 2020 und die neuropsychologische Untersuchung erst am 5.

Februar 2020 stattgefunden habe (S. 8 f.). Der Gutachter sei der Verpflichtung , die Einschätzung der Fähigkeitsstörungen nach Abzug von Beschwerdebetonung und Aggravation nachvollziehbar darzulegen ,

nicht nach gekommen und habe nicht

erklärt, wie er auf das Ergebnis gekommen sei . Im Gegensatz seien im Gutachten des Sanatoriums Z.\_\_\_\_ vom 23.

August 2016 die Fähigkeitsstörungen lege artis erhoben und dokumentiert worden. Dr.

F.\_\_\_\_ habe in seinem Gutachten auch die Tatsache der Haushaltshilfe unberücksichtigt gelassen und auch, dass die KESB am 17.

November 2015 eine Vertretung bei standschaft mit Einkommens- und Vermögensverwaltung errichtet habe. Unter diesem Blickwinkel scheine es fraglich, dass die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung sowie die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit nicht beeinträchtigt sein sollen (S. 10 f.). Es sei auch darauf hinzuweisen, dass die Neuropsychologin in ihrem gesamten Bericht das Wort Aggravation nicht verwendet habe und damit nicht überwiegend wahrscheinlich sei , dass eine Aggravation vorhanden sei (S.

#### **E. 14**

). 3.3.2

Zum Beweiswert des Gutachten s des Sanatoriums Z.\_\_\_\_ vom 23.

August 2016 hat das Gericht im Urteil vom 29.

Oktober 2018 unter Erwägung

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.